



Comune di Frosinone

Settore Gestione Risorse – Servizio Gestione del Personale

Domanda di permessi per assistenza ad un familiare disabile (legge 104 / 92 art. 33, comma 3)

Il/la sottoscritto/a Cognome e Nome

Luogo e Data di Nascita

Codice Fiscale

Residente a..... in via.....

Settore di Appartenenza.....

chiede

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/92 per poter assistere il/la Sig./ra.
..... nato/a il

C.F. e residente a

in via

con il/la quale è nella seguente relazione di parentela:

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, con le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia,

dichiara che

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- l'altro genitore Sig./ra C.F. non
dipendente/dipendente presso beneficia dei permessi
giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/la sottoscritto/a e nel limite
massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- il soggetto in stato di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela di 3° grado:
 - non è coniugato;
 - è vedovo/a;

- è coniugato, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugato, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante;
 - è stato coniugato, ma il coniuge è deceduto;
 - è separato legalmente o divorziato;
 - è coniugato, ma in condizioni di abbandono;
 - ha uno od entrambi i genitori deceduti;
 - ha uno od entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
 - ha uno od entrambi i genitori affetti da patologia grave;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle stesse, comporta la conferma dell'impegno, morale, oltreché giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare n. 155 del 03 Dic. 2010;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione delle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

si allega

- copia del verbale della apposita commissione medica di cui all'art. 4 comma 1 legge 104/92 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 in capo al soggetto che necessita di assistenza;
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è ancora stato rilasciato il suddetto verbale della competente commissione medica (verbale da presentare non appena disponibile);
- dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave, ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) nella quale viene indicato il familiare che deve prestare l'assistenza prevista dai termini di legge;
- nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante la patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico;
- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Le richieste compilate parzialmente non verranno considerate valide e, quindi, non potranno essere accolte

Frosinone, li

Firma del Dipendente

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

(da non compilare qualora si richieda per assistere un minore)

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il e residente a
in cap , consapevole delle sanzioni
penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dic. 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o
uso di atti falsi,

dichiara

- di essere in condizione di disabilità grave accertata dal verbale della Commissione ASL / INPS di
..... il
- Di essere in condizione di disabilità in cui lo stato di gravità è in corso di accertamento;
- Di non essere ricoverato a tempo pieno;
- Di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/92 per se
stesso;
- Di non prestare attività lavorativa;
- Di essere parente di grado del richiedente in quanto
- Di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra nato/a a
..... il C.F.
residente a in via

Si allega copia del documento di riconoscimento n.
rilasciato da il

Frosinone, li

Firma del dichiarante

Informativa sul trattamento dei dati personali

(art. 13 D.lgs. n. 196 del 30 Giu. 2003 recante "codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Amministrazione, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, la informa che tutte le informazioni raccolte con la presente dichiarazione saranno trattate nel rispetto delle norme contenute nel codice, nella legge e nei regolamenti al fine di espletare la funzione in materia amministrativa su base sanitaria. Il trattamento dei dati avverrà ad opera di dipendenti dell'Ente opportunamente incaricati attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare l'impossibilità o ritardi nella definizione del procedimento che La riguarda.

L'Amministrazione la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del codice in argomento, rivolgendosi direttamente al dirigente responsabile competente all'istruttoria della presente domanda.